

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

340

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André LEROY

Né à Rennes, le 22 mai 1908

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ
TUBERCULEUX
COMPLIQUÉ DE PÉRICARDITE

GUÉRISON par la CRYSOThÉRAPIE

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur.

IMPRIMERIE C. SERRE
23, RUE ROCROY
PARIS

—
1932

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ TUBERCULEUX
COMPLIQUÉ DE PÉRICARDITE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André LEROY

Né à Rennes, le 22 mai 1908

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ TUBERCULEUX COMPLIQUÉ DE PÉRICARDITE

GUÉRISON par la CRYSOThÉRAPIE

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur.

IMPRIMERIE C. SERRE

23, RUE ROCROY

PARIS

1932

Le Doyen V. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale .	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie .	LAIGNEL - LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie. .	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELbet.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

Neurologie et Psychiatrie	MM.
Pathologie médicale	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	BROCQ.
Pharmacologie	BRULE.
Pathologie chirurgicale	BUSQUET.
Pathologie médicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Physiologie	CHABROL.
Pathologie médicale	CHAILLEY-BERT.
Physique	CHEVALLIER.
Pathologie médicale	DOGNON.
Obstétrique	DONZELOT.
Urologie	ECALLE.
Bactériologie	FEY.
Pathologie chirurgicale	GASTINEL.
	GATELIER.
	DE GAUDARD
	[D'ALLAINES.
Pathologie chirurgicale	GIROUD.
Histologie	HARVIER.
Pathologie médicale	HAZARD.
Pharmacologie	HOVELACQUE.
Anatomie	HUGUENIN.
Anatomie pathologique	HUTINEL.
Pathologie médicale	JOANNON.
Hygiène	LABBE (Henri).
Chimie biologique	LAROCHE (Guy).
Pathologie médicale	LEVEUF.
Pathologie chirurgicale	LÉVY-VALENSI.
Neuro-psychiatrie	LIAN.
Pathologie médicale	MILLOT.
Histologie	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOREAU.
Pathologie médicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Pathologie chirurgicale	MULON.
Histologie	OBERLING.
Anatomie pathologique	OLIVIER.
Anatomie	PIÉDELIEVRE.
Médecine légale	PORTES.
Obstétrique	QUENU.
Pathologie chirurgicale	RICHT.
Physiologie	SANNIÉ.
Chimie biologique	SEZARY.
Dermatologie et syphiligraphie	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Pathologie médicale	VAUDESCAL.
Obstétrique	VELTER.
Ophtalmologie	VERNE.
Histologie	VIGNES.
Obstétrique	

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique.	LEQUEUX.
Anatomie Pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERRER.
Physique.	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
	CHIRAY.
	DEBRE.
	DUVOIR.
Clinique chirurgicale	BASSET.
	CHEVASSU.
	HEITZ-BOYER.
	MATHIEU.
	MOCQUOT.
	PROUST.
	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
	LEVY-SOLAL.
	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, professeur [sans chaire.]
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture.	WEIL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Fernand BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale
Membre de l'Académie de Médecine

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse
Hommage respectueux et reconnaissant.

A Monsieur le Professeur A. PELLÉ
Médecin de l'Hôtel Dieu de Rennes

qui nous a donné le sujet de cette thèse
Remerciements

A la mémoire de Monsieur le Professeur E. BODIN
Professeur de Clinique dermatologique et syphiligraphique

dont nous avons été l'interne

A Monsieur le Professeur A. FOLLET
Professeur de Clinique Médicale
Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine

dont nous avons été l'externe, puis l'interne

A Monsieur le Professeur QUENTIN
Professeur de Parasitologie

dont nous avons été l'externe, puis l'interne

A Monsieur le Professeur LEFEUVRE
Professeur de Physiologie
Directeur de l'Ecole de Médecine

dont nous avons été le Préparateur

A Monsieur le Docteur J. HUCHET
Professeur Honoraire de Thérapeutique

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine de Rennes

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Sentiments reconnaissants.

A MA FEMME

Sentiments affectueux.

A MON FRÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du Docteur Pellé à l'Hôtel-Dieu de Rennes, un ancien tuberculeux pulmonaire, guéri, qui a présenté plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu. La dernière poussée rhumatismale s'est compliquée de péricardite hémorragique grave. Ce rhumatisme a résisté à l'épreuve du salicylate de soude pourtant administré à haute dose et l'épanchement péricardique a tuberculisé le cobaye.

Les injections intra-veineuses de crisalbine ont rapidement abaissé la température et fait disparaître la fluxion articulaire douloureuse ; sous leur influence encore, l'épanchement péricardique a promptement cédé et avec lui ont disparu les troubles fonctionnels qui menaçaient notre malade.

Nous n'avons pas eu connaissance de pareils résultats de la Crysothérapie dans de tels cas aigus et croyons que l'histoire de notre rhumatisme articulaire aigu tuberculeux avec péricardite hémorragique ainsi traité par les sels d'or est digne d'être retenue.

HISTORIQUE

1^{re} période (Poncet).

Les précurseurs, Fuller (1860), Charcot, Trousseau, Peter, Guéneau de Mussy, Laveran (1876), Bouilly, Lannelongue, Barjon (1897) avaient envisagé la tuberculose comme cause efficiente de certains rhumatismes, mais c'est en 1909, que Poncet, en collaboration avec Leriche, attire l'attention sur cette question et fixe peu à peu les caractères du rhumatisme tuberculeux ; les observations se multiplient alors de tous côtés.

En effet, à côté de tuberculoses articulaires dues au développement dans les jointures de formations histologiquement spécifiques, il faut décrire chez le tuberculeux une variété de pseudo-rhumatisme infectieux non histologiquement tuberculeux et auquel Poncet et Leriche reconnaissent les modalités cliniques suivantes :

« Arthralgies, arthrites aiguës et subaiguës donnant le tableau du rhumatisme franc et frappant surtout les grandes articulations, rhumatisme chronique enfin, pouvant s'accompagner de manifestations abarticulaires susceptibles de frapper toutes les séreuses ».

« Un état grave avec des lésions articulaires de moyenne

intensité, affirment-ils, est souvent une présomption en faveur du rhumatisme tuberculeux ».

2^e période (Négation).

Cette entité morbide a été longuement discutée, les cas authentiques observés ont été peu fréquents et son existence souvent niée.

L'école de Nancy, avec Bernheim, à la même époque se refuse à admettre une telle fréquence au rhumatisme tuberculeux affirmant que « rien n'autorise à admettre l'existence d'un rhumatisme tuberculeux articulaire sans tubercules et purement toxique et inflammatoire ».

Plus récemment, Enriquez conclut ainsi son étude, dans son traité de Pathologie interne : « A vrai dire, cette conception du rhumatisme tuberculeux a été très exagérée. S'il est possible d'observer des manifestations rhumatismales chez les tuberculeux, elles sont rares et leur mécanisme profondément discutable. Quant à la conception d'un rhumatisme tuberculeux abarticulaire, elle ne peut être retenue ».

3^e période (Bezançon, Paisseau, Lowenstein).

Mais depuis quelques années, les observations de rhumatisme tuberculeux confirmé par le laboratoire et l'expérience se voient davantage. Grâce aux publications en particulier de Paisseau, qui lui donne comme cause possible un virus filtrant tuberculeux, et du Professeur F. Bezançon et de ses collaborateurs, la réalité de cette affection, encore mise en doute par

quelques-uns se trouve nettement établie et l'on doit même admettre qu'elle n'est nullement exceptionnelle.

Le 4 Décembre 1931, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Coste affirmait : « Lorsqu'on parcourt les observations publiées, on constate que, dans toutes, la tuberculose était déjà probable cliniquement et que le laboratoire, avec l'aide des techniques modernes, n'a fait que confirmer un diagnostic déjà à moitié posé : ou bien il s'agissait d'une polyarthrite déformante survenant chez un tuberculeux pulmonaire, ou bien d'une polyarthrite déformante d'allure plus ou moins banale coïncidant avec une tumeur blanche, avec une ostéite fistulisée à pus baccillifère, ou bien d'une hydartrose isolée, ou bien d'une polysérite tuberculeuse intéressant non seulement les synoviales articulaires, mais la plèvre, parfois le péritoine, ou enfin d'une polyarthrite aigüe simulant la maladie de Bouillaud, mais s'en distinguant par une salicylo-résistance plus ou moins complète ».

Tout récemment, encore Saënz communiquait à la Société de Biologie (Séance du 18 Juillet 1931) les résultats des recherches de Löwenstein, sur la valeur diagnostique de l'Hémoculture chez les tuberculeux : cet auteur a réussi à mettre en évidence la bacillémie des tuberculeux par hémoculture sur un milieu œuf-asparagine dont il a donné la composition. Il a ainsi obtenu des cultures de bacilles de Koch 17 fois sur 19 cas de rhumatisme articulaire aigü. Ainsi d'après lui, la maladie de Bouillaud serait pratiquement due au bacille de Koch.

Nous croyons que cette théorie est quelque peu excessive et des travaux récents ont donné à ce sujet des conclusions qui sont loin d'être aussi affirmatives.

Etat actuel de la question.

Actuellement le rhumatisme tuberculeux est généralement admis par tout le monde.

Nous pensons que les localisations tuberculeuses ne sont pas ordinairement multiples, quoiqu'on puisse enregistrer des exceptions assez nombreuses à cette règle. Les tuberculoses extra-pulmonaires sont assez rares. C'est une tendance assez dangereuse que de rapporter toutes les manifestations morbides survenant chez des tuberculeux à une cause unique : le bacille de Koch. C'est probablement cette tendance assez naturelle et qui satisfait notre logique, qui a conduit Poncet à concevoir le rhumatisme tuberculeux et à lui faire prendre en clinique une importance qui nous paraît exagérée.

Le rhumatisme tuberculeux existe et n'est pratiquement plus mis en doute. Bien entendu, il faut reconnaître la coexistence fréquente du rhumatisme articulaire aigu franc et de la tuberculose ; ainsi dans une note présentée à la Société Médicale des Hôpitaux, le 18 Juillet 1924, Pellé a rapporté quelques cas de polyarthrite aiguë survenue chez des tuberculeux pulmonaires. L'étude de la sérosité intra-articulaire, sans réaction lymphocytaire, qui ne tuberculisait pas le cobaye, la non modification de la cuti-réaction au cours des fluxions articulaires, l'efficacité

rapide du salicylate de soude ont fait penser qu'il s'agissait du rhumatisme articulaire aigu franc.

Or, dans notre observation la cuti-réaction s'est montrée négative pendant toute la durée de la maladie, qui, salicylo-résistante, a cédé comme par enchantement sous l'influence des sels d'or ; d'autre part, nous avons été en présence d'un épanchement pleural et d'une péricardite hémorragique et tuberculisant le cobaye. Nous avons obtenu une prompte guérison par la Crisalbine.

Il s'agit là d'un certain nombre de caractères qui peuvent contribuer à différencier un rhumatisme aigu tuberculeux de la maladie rhumatismale.

D'autre part, nous avons obtenu par l'aurothérapie une guérison incontestable et particulièrement rapide. Cette cure remarquable du rhumatisme tuberculeux et de sa complication péricardique met en relief l'importance et l'efficacité des sels d'or dans ces manifestations de la tuberculose.

OBSERVATION

Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux complicé de Péricardite Sa guérison par la Crysothérapie

M. H., âgé de 32 ans, exerçant la profession de maçon, est entré à l'Hôtel-Dieu de Rennes, le 3 Août 1931, pour un syndrome polyarticulaire aigu avec une dyspnée très marquée.

Antécédents personnels intéressants :

1° Il a été réformé à 100 pour cent, en 1919 pour tuberculose pulmonaire unilatérale (sommet gauche) avec expectoration bacillifère (présence de bacilles de Koch à l'examen direct).

Depuis sept ans, il semble bien que ces lésions n'aient manifesté aucune activité, le bon état général du sujet qui travaille manuellement sans grande fatigue et la radioscopie l'ont prouvé. D'ailleurs sa pension militaire a été réduite à 40 pour cent depuis 1923.

2° Le malade accuse deux crises de rhumatisme polyarticulaire aigu d'évolution assez analogue en 1923 et 1926. Le diagnostic porté fut celui de " Maladie de Bouillaud ". Le traitement par le salicylate de soude n'a pas eu beaucoup de succès, ainsi lors de la deuxième crise surtout, les manifestations articulaires douloureuses ont persisté pendant six mois.

Histoire de la maladie :

Le début, brutal avec température, remonte au 16 Juillet 1931.

A) Rhumatisme :

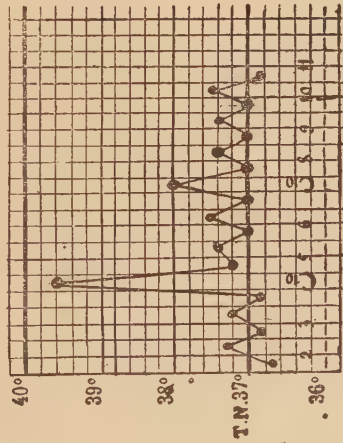
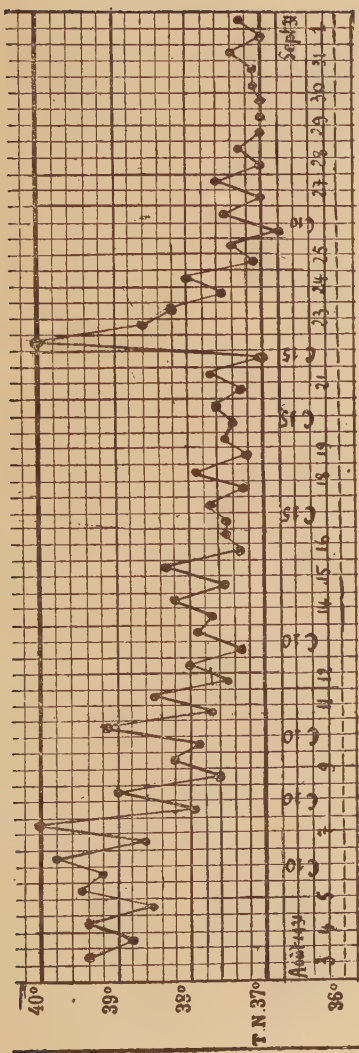
L'articulation du genou droit est d'abord douloureuse, puis gonflée, bientôt c'est le tour de la hanche droite, de l'épaule, du coude et du poignet gauches. La température atteint d'emblée 39°5, 40 et s'y maintiendra pendant une vingtaine de jours, avec des transpirations abondantes.

Le malade devient dyspnéique en quelques jours ; cette gêne respiratoire augmentera constamment en même temps qu'apparaîtra une douleur thoracique, exaspérée par la toux, au niveau de la base de l'hémithorax gauche.

Il absorbe chaque jour des doses élevées (10 à 12 gr.) de salicylate de soude qui n'amendent aucunement les symptômes.

A son arrivée à l'hôpital, nous voyons apparaître une arthrite aigüe douloureuse du cou de pied gauche. L'articulation tibio-tarsienne est gonflée, la peau est luisante, chaude et enflammée, les mouvements légèrement limités ; il n'y a pas de points douloureux précis. On ne constate ni atrophie musculaire, ni adénopathie.

La dyspnée est considérable, la température se maintient entre 39 et 40 ; le malade est pâle avec un facies grippé. Son état nous paraît grave.



Courbe de Température
pendant le séjour du malade à l'hôpital
du 3 Août 1931 au 11 Septembre 1931

Complication cardiaque :

A l'examen de l'appareil circulatoire, on constate que les bruits du cœur sont très assourdis ; la pointe bat d'une façon imperceptible dans une matité cardiaque très augmentée : un calque dessine une zone de matité globuleuse considérable et vaguement triangulaire.

Nous pensons à un épanchement péricardique qui est vérifié par la ponction exploratrice qui ramène un liquide franchement hémorragique et plus tard par l'examen radiologique : On est en présence d'une image cardiaque énorme en sabot. Par une irradiation étroitement localisée, on s'aperçoit que les bords de cette ombre ne sont que très peu pulsatiles et l'on arrive même à dissocier une ombre plus foncée formant la partie centrale de l'image et entourée d'une pénombre périphérique.

La tension artérielle est 13 - 8 à l'appareil de Vaquez.

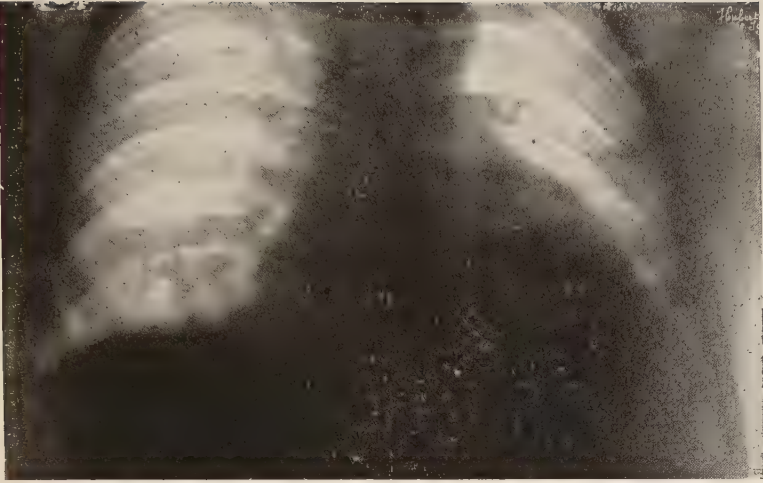
C) Appareil respiratoire.

L'examen clinique des poumons montre une matité de la base gauche avec un souffle qui se modifie avec la position du malade (syndrome de Pins). On note de l'œgophonie et de la pectoriloquie aphone. Les vibrations thoraciques sont abolies à la base. Il n'y a pas d'expectoration appréciable. Pas de bacille de Koch. Il existe un léger épanchement séro-fibrineux à la base gauche, vérifié par une ponction exploratrice dont le liquide donne une réaction de Rivalta positive. Un cliché radiographique ne montre pas en dehors d'un sinus costo-

diaphragmatique gauche opaque et d'un développement anormal des ombres hilaires, de modifications de transparence correspondant à des lésions tuberculeuses actives.

D) *Autres examens.*

La cuti-réaction à la tuberculine est négative. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.



Cliché N° 1



Cliché N° 2

THÉRAPEUTIQUE et EVOLUTION

On n'abandonne pas alors le diagnostic primitif de rhumatisme articulaire aigü avec complication cardiaque et le traitement salicylé est continué à la dose de 12 gr. par jour. On constate qu'il est absolument sans efficacité.

Après quatre jours d'observation, nous commençons le 6 Août une série d'injections intra-veineuses de sels d'or (crisalbine) 0 gr. 10 tous les deux jours, puis 0 gr. 15, enfin nous faisons deux nouvelles piqûres de 0 gr. 10.

Le lendemain de la première piqûre, nous constatons une réaction très nette : diminution de l'hyperthermie (qui de 39°9 est tombée à 38°) et de la fluxion articulaire, la douleur est plus supportable.

A la troisième injection, la température est à 37°5, les phénomènes articulaires s'atténuent visiblement pour disparaître à peu près complètement après six jours de traitement.

Nous continuons les sels d'or jusqu'à la dose totale de 1 gr. 15 et à part deux clochers à 40° et 39°6 dus chacun à une injection intra-veineuse, nous constatons que la température qui, avant le traitement, oscillait autour de 39 ne varie plus qu'autour de la normale.

La dyspnée subit la même régression pour disparaître ainsi à peu près complètement vers le 10^e jour.

L'épanchement péricardique s'est résorbé comme le montre un deuxième cliché radiographique ; la cuti-réaction est redevenue positive. L'épanchement pleural a disparu de même.

Le malade se croit complètement guéri et quitte l'hôpital le 12 Septembre 1931, après cinq semaines de traitement, malgré les conseils du médecin, pour reprendre son métier de maçon.

Il est revu à plusieurs reprises : son état de santé est aussi parfait que possible et il assure normalement son travail.

Diagnostic

Ainsi une polyarthrite aigüe présentant tous les caractères cliniques d'un rhumatisme articulaire aigü, compliqué d'une péricardite avec épanchement hémorragique, a vu son évolution promptement arrêtée par la crysothérapie, alors que le salicylate de soude administré cependant à haute dose depuis vingt jours était resté sans effet.

Il s'agit là d'une polysérite aigüe (articulations, péricarde, plèvre) dont il est intéressant de préciser l'étiologie.

Les antécédents du malade nous fournissent à ce point de vue des renseignements utiles que nous rappellerons brièvement:

1° C'est un ancien tuberculeux pulmonaire certain (en 1919 radiographies démonstratives, examen des crachats positif pour le bacille de Koch, amaigrissement considérable, anorexie,

insomnie, sueurs nocturnes, etc.) ; il était alors titulaire d'une pension de cent pour cent ;

2° Il a déjà eu en 1923 et 1926, deux crises semblables de rhumatisme polyarticulaire aigu. Ces trois crises rhumatismales salicylo-résistantes survenues chez un ancien tuberculeux pulmonaire font penser à une étiologie tuberculeuse ;

3° La nature hémorragique de l'épanchement péricardique est aussi un argument sérieux en faveur de cette étiologie ; la tuberculisation du cobaye autopsié trente jours après l'inoculation est venue apporter la certitude de la nature tuberculeuse de la péricardite ;

4° Les examens de laboratoires ont donné les résultats suivants :

A. — *Examen du liquide péricardique :*

Après centrifugation	{ Culot abondant, épais, rouge, surmonté d'un liquide hématique.
Cytologie	{ Hématies en grand nombre, nombreux lymphocytes.
Bactériologie	{ Amicrobie. Recherche du bacille de Koch négative.
Cultures	{ Les ensemencements sont restés stériles.

B. — *Examen du sang.*

Réaction de Hecht négative,

Wasserman négatif.

		<u>11 Août 1931</u>	<u>8 Sept. 1931</u>
Numération globulaire	Hématies	3 740 000	4 200 000
	Leucocytes	15 000	8 000
Hémoglobine 90 %.			

		<u>11 Août 1931</u>	<u>3 Sept. 1931</u>
Formule leucocytaire	Polynucléaires	85%	75%
	Eosinophyles	»	»
	Grands & moyens mononucléaires :	»	7
	Lymphocytes	15%	18%

Inoculation du liquide hémorragique du péricarde

On injecte sous la peau du cobaye 2^{cc} de liquide. On sacrifie l'animal au bout de 30 jours, l'autopsie montre une tuberculose Type Villemain, avec ganglions caséux sans chancre d'inoculation.

Les arthrites aiguës provenaient-elles de la même cause ? Nous n'avons pu retirer de liquide des articulations pour y rechercher la présence du bacille de Koch. Mais il paraît bien que, chez notre malade, l'inflammation des différentes séreuses articulaires, pleurale, péricardique) provient d'une cause commune : la tuberculose démontrée pour la péricardite.

OBSERVATIONS PUBLIÉES
DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU TUBERCULEUX

I

**BABONNEIX ET MORNET : Rhumatisme articulaire aigu
tuberculeux avec endocardite**

Société Médicale des Hopitaux, 23 Juillet 1926

Jeanne G... 26 ans, employée de bureau, entre à la Charité, le 23 Juin 1926, pour douleurs au poignet droit.

La maladie a débuté le 3 Juin. A ce moment, elle a ressenti des douleurs dans les deux genoux et les deux chevilles, douleurs assez vives avec paroxysmes survenant surtout à l'occasion des tentatives de mouvements et qui rendaient la marche impossible. La malade se rappelle que ses genoux étaient augmentés de volume. En outre, la métacarpo-phalangienne de l'index gauche était douloureuse et impotente. Il n'y avait pas d'œdème très net, mais de la rougeur et de la chaleur de la peau.

L'état général était touché. Fièvre vers 38°, anorexie et constipation. En même temps existait une angine douloureuse qui gênait la déglutition. La gorge était rouge, mais il n'y avait pas d'adénopathie. Les manifestations angineuses n'ont duré que deux jours.

Dans la nuit du 4 au 5 Juin (2 jours après le début) l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit, jusque là parfaitement indemne, se prend à son tour dans les mêmes conditions que du côté gauche, (douleur, impotence, rougeur). Très vite toute la main devient douloureuse et impotente. Pendant dix-huit jours, la malade a été soignée au Salicylate de soude sans aucune amélioration.

Le 23 Juin, elle entre à la Charité avec une main droite impotente, œdématiée, douloureuse. Cette douleur est spontanée et s'accuse dans les tentatives de mobilisation ; elle n'est pas atroce, mais pourtant très vive.

En raison de la mobilité des phénomènes articulaires et de l'angine initiale, on porte le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. L'existence d'un léger souffle systolique de la pointe ne semble pas l'éliminer. Après une huitaine de jours de salicylate à haute dose, aucune amélioration n'est observée. La fièvre persiste autour de 38° ; la main reste œdémaciée, douloureuse et impotente.

Le caractère subaigu des douleurs, leur fixité incitent à penser à un rhumatisme gonococcique. Il n'y a pourtant jamais eu de pertes abondantes et l'examen des sécrétions vaginales ne montre pas de gonocoques. Trois injections de vaccin atténuent les douleurs sans modifier l'aspect objectif de la main qui reste œdématiée et douloureuse. Un examen plus précis rendu possible par l'atténuation des douleurs permet alors de se rendre compte de quelques particularités nouvelles. L'articula-

tion radio-carpienne est libre, les métacarpo-phalangiennes le sont aussi. C'est dans le carpe que siègent les lésions.

A la face dorsale, vers le trapèze, on précise un point électivement douloureux.

La radio révèle une image manifeste de tuberculose médio-carpienne. Les os du carpe sont nettement décalcifiés et l'interligne médio-carpien flou dans toute son étendue.

Ce diagnostic de tuberculose du poignet n'est pas surprenant chez cette jeune femme dont le passé à cet égard est lourdement chargé.

Elle a fait, il y a trois ans, une tuberculose du poumon droit soignée à Arcachon, puis à Bligny. Depuis un an, la guérison fonctionnelle parfaite lui a permis de reprendre sa vie à Paris. Pourtant, on lui trouve au sommet droit, de la matité avec exagération des vibrations et pectoriloquie aphone. Notons que chez elle la cuti-réaction est positive.

Sa mère est morte de tuberculose, six frères et sœurs de sa mère sur sept ont succombé au même mal.

En résumé, nous avons pu assister, chez une jeune femme guérie de tuberculose pulmonaire, à l'apparition d'une tuberculose du poignet à type très probablement fongueux.

Mais l'existence d'arthralgies et d'arthrites multiples fugaces n'ayant laissé aucune trace, il semble bien qu'on soit en présence d'un type incontestable de rhumatisme tuberculeux tel que l'a décrit Poncet.

II

BEZANÇON, Etienne BERNARD, OUMANSKY, GAUCHER : **Rhumatisme articulaire tuberculeux avec rétrécissement mitral**
Société Médicale des Hôpitaux, 8 Mai 1931

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, qui à 13 ans a présenté des lésions de trochantérite qui, en dépit du grattage, a continué à suppurer de façon intermittente ; en particulier à l'occasion d'une typhoïde et d'une grossesse récente. A 19 ans, la malade a présenté des douleurs articulaires, atteignant successivement le poignet gauche et les coudes, douleurs accompagnées d'augmentation de volume des articulations et d'impotence fonctionnelle légère et ayant duré environ un mois. A 19 ans, l'examen montre un rétrécissement mitral.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

A son entrée à Saint-Antoine, la malade floride présente comme seul trouble fonctionnel des douleurs au genou gauche, la température est à 37°-37°2 le matin, 37°8 le soir.

L'examen physique montre une tuméfaction du genou gauche. A ce niveau, la peau est chaude et le choc rotulien très net. Il n'y a pas de points douloureux précis, les mouvements sont légèrement limités. Il n'y a ni atrophie musculaire, ni adénopathie inguinale.

En dehors du cœur (rétrécissement mitral) l'examen clinique est absolument négatif.

La réaction est positive à la cuti. — La tuméfaction tend à augmenter et la ponction ramène bientôt 50 cc. de pus épais, couleur chocolat. La radio confirme l'intégrité de l'articulation du genou, l'interligne est normal, toutefois il y a tendance à la subluxation en arrière du tibia.

Le pus articulaire montre à l'examen de nombreux lymphocytes, il ne contient pas de Bacilles de Koch ; les ensemencements restent stériles, mais l'inoculation au cobaye le tuberculise (tuberculose généralisée type Villemain ; présence du B. K. en grand nombre sur les coupes).

III

BARON et DURAND : Rhumatisme articulaire aigu compliqué par l'apparition d'une gomme tuberculeuse

Revue de Médecine 1921, nos 9 et 10

Les auteurs rapportent une observation de tuberculose généralisée subaiguë avec bacillémie, suivie de poussées de rhumatisme articulaire aigu qui se complique par l'apparition d'une gomme tuberculeuse au voisinage d'une articulation.

IV

NOVE-JOSSERAND : Rhumatisme articulaire aigu et tuberculose

Journal de Médecine de Lyon, n° 127, 20 Avril 1925

1^{re} Observation.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, dont la maladie débute par une élévation thermique à 39°2 accompagnant une angine ;

puis les jours suivants, la température monte à 40° et surviennent les douleurs articulaires violentes aux genoux, pieds, coudes et poignets. Par la suite, d'autres articulations se prennent et l'on note des épanchements dans les genoux.

Pas d'amélioration par l'aspirine ni par le salicylate de soude qui soulagent légèrement le malade par la suite.

A l'auscultation du cœur, on entend vers le quinzième jour, une accentuation du second bruit au foyer pulmonaire.

Vers la quatrième semaine, à amélioration. La convalescence survient vers la dixième semaine.

Quatorze mois après, le malade fait une rechute semblable à la première crise et l'on note alors la première manifestation au sommet gauche. Le malade meurt vingt-et-un mois après le début de sa première poussée, succombant à une tuberculose ulcéro-caséeuse aiguë bilatérale.

2° Observation.

Il s'agit d'un malade dans les antécédents duquel on note une pleurésie.

Sa maladie débute par une angine, une température à 39°4 et des douleurs polyarticulaires généralisées atteignant même la colonne vertébrale, on note deux épanchements au niveau des genoux.

Amélioration notable mais incomplète par le Salicylate de soude.

Quelques signes cardiaques : affaiblissement du premier bruit à la pointe, éclat du second au foyer pulmonaire.

Radioscopie des poumons : ganglions hilaires anormalement développés qui redeviennent normaux après un séjour à la montagne.

V

BEZANÇON et JACQUELIN : **Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux avec iritis guéri par un pneumothorax artificiel**

Société Médicale des Hôpitaux, 20 Avril 1928

Guy... 20 ans. Il s'agit d'un jeune homme qui est à la fois un tuberculeux et un rhumatisant. La tuberculose est d'abord discrète au second plan, et le malade semble être atteint seulement d'une affection rhumatismale primitive, mais la tuberculose ne tarde pas à évoluer par poussées successives. A chacune des poussées pulmonaires correspond une nouvelle poussée articulaire, ou tout au moins une recrudescence de celle-ci.

Les poussées articulaires s'accompagnent d'autre part d'iritis comme pourrait le faire un rhumatisme articulaire aigu et cet iritis alterne souvent avec la poussée articulaire.

Les poussées s'exagèrent enfin à la suite de l'injection de tuberculine même à dose infinitésimale. Le malade présente en effet une sensibilité extrême à la tuberculine (une dose de $\frac{1}{100}$ de milligramme de tuberculine purifiée détermine non seulement une énorme réaction locale inflammatoire, mais aussi des phénomènes généraux et une réaction locale double au

niveau du poumon (traduite par l'augmentation des crachats) au niveau des articulations (traduite par la fluxion chaude de celles-ci).

L'autohémothérapie améliore indiscutablement les manifestations articulaires et l'iritis, mais celles-ci ne cessent complètement qu'à la suite d'un pneumothorax thérapeutique qui fait rétrocéder la lésion pulmonaire.

VI

**SERGEANT : Rhumatisme articulaire tuberculeux avec
Polysérite tuberculeuse
(Pleurésie-Péricardite-Péritonite)
Journal des Praticiens, 26 Mars 1927**

1^{re} Observation.

Chez un malade, une tuberculose généralisée des séreuses avec pleurésie double, péricardite et péritonite s'accompagna de polyarthropathie généralisée avec épanchement synovial et le liquide retiré par ponction d'une articulation donna une lymphocytose pure.

2^e Observation.

Un jeune homme de vingt ans, dont toute la famille était tuberculeuse, fit une polyarthrite étiquetée rhumatisme articulaire aigu, qui ne céda pas au salicylate de soude et s'accompagna de péricardite et de pleurésie droite, dont la nature tuberculeuse fut démontrée par l'examen cytologique et l'inoculation du liquide pleural.

DIAGNOSTIC

La réalité du rhumatisme articulaire aigu tuberculeux étant nettement établie, envisageons maintenant largement son diagnostic différentiel des autres rhumatismes, nous insisterons cependant sur le diagnostic avec la maladie de Bouillaud qu'il peut simuler jusque dans ses complications cardiaques.

Ensuite, pour résumer toute la question, nous dirons quelques mots du diagnostic positif du rhumatisme tuberculeux.

Diagnostic différentiel

Il est à faire :

A) Dans les formes légères avec toutes les douleurs rhumatoïdes de quelque origine qu'elles soient, mais pour établir l'étiologie, les antécédents personnels ou l'examen clinique et bactériologique aideront au diagnostic.

B) Dans les formes polyarticulaires, il faudra discuter tous les pseudo-rhumatismes infectieux et le rhumatisme articulaire aigu.

1° Si pseudo-rumatisme infectieux : début toujours brutal, état général assez profondément atteint reflétant l'infection, l'intoxication. Le plus souvent, il s'agit de formes mono ou oligo-articulaires.

Dans les arthrites blennorragiques : antécédents et laboratoire en plus de la clinique pure.

Si rhumatisme syphilitique : douleurs surtout nocturnes, moins vives que dans la maladie de Bouillaud, impotence moindre, réaction de Wasserman, antécédents et succès du traitement antispécifique.

2° Abordons maintenant le diagnostic différentiel entre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme tuberculeux. Poncet avait particulièrement insisté sur l'importance des antécédents héréditaires, collatéraux et personnels. En outre, le malade a pu avoir des signes de bacillose discrète qu'un interrogatoire serré et un examen attentif peuvent seuls déceler : état chétif, otite purulente dans le jeune âge, ganglions suppurés ou non, végétations adénoïdes.

Les symptômes, surtout au début, sont souvent les mêmes et ce n'est guère que sur des particularités cliniques subtiles que l'on pourra tenter de faire un diagnostic difficile entre tous, si l'on s'en rapporte aux nombreuses erreurs commises.

Dans le rhumatisme franc, on constate une plus grande généralisation de l'infection, le nombre des articulations touchées est plus considérable, l'allure de la maladie est plus aiguë, la douleur se localise plutôt au niveau des parties périarticulaires, gaines tendineuses, bourses séreuses, ligaments d'insertion. Rappelons aussi ces paroles de Poncet : L'habitus du malade, le pouls, la température, dépendent bien plus du degré de l'infection générale que des arthropathies qui n'en

sont qu'une manifestation. Un état grave avec des lésions articulaires de moyenne intensité est souvent une présomption en faveur du rhumatisme tuberculeux ».

Ajoutons que le rhumatisme tuberculeux a tendance à récidiver beaucoup plus que le rhumatisme articulaire aigu franc.

Au cours de la maladie, l'épreuve du traitement par le salicylate de soude est un bon signe différentiel : la maladie de Bouillaud lui cède en général très bien, tandis que le rhumatisme tuberculeux, pratiquement indifférent à son action, est profondément influencé par la thérapeutique antibacillaire (cure d'air, pneumothorax sels de terres rares, crysothérapie, etc...)

Nous pouvons donc affirmer, que si le salicylate ne semble pas agir suffisamment, si la fluxion articulaire ne cède pas, si l'état général n'est pas amélioré sous son influence, on devra fortement douter du rhumatisme articulaire aigu et le fait d'avoir pensé au rhumatisme tuberculeux permettra souvent de le dépister sûrement par les différentes méthodes indiquées.

Diagnostic positif

Il se pose :

1° Cliniquement.

- a) Sur l'état général et l'évolution traînante de la maladie, plus que sur les signes locaux.
- b) Sur l'inefficacité plus ou moins complète du traitement salicylé.

c) Sur les petits signes décelables de tuberculose concomitante et à défaut sur les antécédents familiaux ou personnels du malade.

2° Expérimentalement.

Dès que l'on sentira dans les articulations malades une certaine quantité de liquide, on fera quand c'est possible une ponction exploratrice en vue d'un examen de laboratoire.

a) Le liquide articulaire montrera une lymphocytose prédominante, sa teneur en albumine sera décelée par l'examen au réfractomètre.

b) L'inoculation tuberculisera le cobaye.

c) Le bacille de Koch sera parfois décelé directement ou par ensemencement du liquide.

d) Le liquide retiré d'une péritonite, d'une pleurésie, d'une péricardite, etc... compliquant le rhumatisme sera examiné au laboratoire et donnera les mêmes résultats.

Dans l'observation que nous avons apportée, l'évolution traînante de la maladie, insensible à la cure salicylée, sa complication péricardique certainement tuberculeuse, les antécédents bacillaires nets, la guérison rapide des phénomènes articulaires et cardiaques par l'aurothérapie sont des arguments probants en faveur de la nature tuberculeuse de la polysérite de notre malade.

PRONOSTIC

Le pronostic du rhumatisme articulaire aigu tuberculeux, varie suivant l'allure de l'affection et de la tuberculose causale.

Dans les formes bénignes, il est relativement favorable, mais on doit toujours penser que le rhumatisme est une manifestation tuberculeuse, par conséquent on doit prévoir des rechutes toujours possibles dont on ne peut guère pronostiquer la gravité.

Dans les autres cas (à part la forme granulique rapidement fatale) la gravité de l'affection dépendra souvent de celle de la tuberculose pulmonaire primitive. Le pronostic immédiat de chaque poussée n'est pas très sombre, car les localisations articulaires elles-mêmes, n'entraînent pas, en général, la mort, mais on devra toujours voir la tuberculose derrière le rhumatisme et se rappeler qu'un bacillaire déficient et amaigri, peut disparaître rapidement, même en dehors des lésions pulmonaires, d'une péritonite, d'une péricardite ou d'une méningite tuberculeuse intercurrentes.

En résumé, le pronostic du rhumatisme dépend de l'allure de la tuberculose. « Le malade qui fait le plus volontiers des manifestations de polyarthrite, dit Bezançon, est celui qu'on

pourrait appeler le petit tuberculeux, présentant des lésions tuberculeuses latentes ou tout au moins discrètes, et non le phtisique ».

En général, le pronostic immédiat est relativement bénin ; quant au pronostic futur, il est celui de toute tuberculose, impliquant toujours de sérieuses réserves.



TRAITEMENT

S'inspirant des notions que nous avons exposées, il sera à la fois symptomatique et étiologique.

I. — *Symptomatique.*

On cherchera à combattre la douleur. La Cryogénine à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour a donné des résultats appréciables.

Bien que l'action du salicylate de soude ne soit ni constante, ni complète, nous croyons cependant qu'il ne faut pas abandonner ce médicament dont l'action est élective sur les articulations et qui peut rendre des services dans les complications rhumatismales ; on l'emploiera à fortes doses, 8 à 10 gr. en ingestion, ou intra-veineuses, en se rappelant que les doses, par ce procédé équivalent à des doses per os dix fois supérieures.

On pourra se trouver bien de l'acide acétylsalicylique, en cachets de 0 gr. 50.

Localement, enveloppements ouatés après applications de pommade à l'acide salicylique et à l'essence de térébenthine,

ou après badigeonnage avec des liniments au salicylate de méthyle et au chloroforme.

Le régime sera léger pendant les périodes fébriles.

II. — *Étiologique* (le plus important).

Ce sera le traitement général de la bacillose, avec de grandes chances de succès en général, puisque ce n'est pas le phthisique, mais le petit tuberculeux à lésions latentes ou discrètes qui fait le plus souvent du rhumatisme tuberculeux.

A) On préconisera tout d'abord une vie au grand air, au soleil, dans des conditions de calme et de repos qui seraient au mieux réalisées dans une maison de santé ou un sanatorium approprié.

B) On pourra adjoindre un traitement récalcifiant, ou l'absorption longtemps prolongée d'huile de foie de morue, comme l'avait préconisé Poncet.

C) Un pneumothorax artificiel sera parfois nécessaire.

D) Oddo et Giraud ont signalé à la Société Médicale des hôpitaux, des résultats remarquables par les injections intra-veineuses de sulfates de terres rares.

E) On se trouvera bien aussi parfois de l'emploi des antigènes méthyliques de Calmette, à l'actif desquels on relève quelques succès.

F) Parlons enfin plus longuement de la cryothérapie qui, dans notre cas, nous a été d'un prompt secours, réussissant là où tous les autres traitements employés n'avaient rien donné, et qui a provoqué une guérison vraiment rapide et complète, la douleur et les fluxions articulaires disparaissant avec la

température, en même temps que se résorbait l'épanchement péricardique qui menaçait sérieusement la vie de notre malade. Cette méthode a d'ailleurs donné à Forestier de bons résultats dans les rhumatismes chroniques.

Dans notre observation, nous avons employé la crisalbine en injections intra-veineuses et l'avons administrée aux doses de 0 gr. 10 et 0 gr. 15 tous les deux et trois jours. Nous avons fait une seule série de 1 gr. 15 qui a donné d'excellents résultats : après la 1^{re} piqûre, la température est tombée, en 2 jours, de 40° à 38° ; les phénomènes fluxionnaires ont diminué. Après la 3^e piqûre, notre malade a vu sa température tomber à 37°8, sa douleur articulaire et sa dyspnée disparaître presque totalement. A partir du 40^e jour, la courbe thermique s'est régulièrement maintenue aux environs de 37°5, pour osciller ensuite autour de la normale, la régularité de la courbe n'étant interrompue que par deux clochers à 40° et 39°8 dus au choc provoqué par de nouvelles injections de crisalbine. Les phénomènes articulaires et la dyspnée ont disparu ; l'examen radiologique a montré au cours du traitement une diminution rapide de l'épanchement péricardique qui s'est complètement résorbé un mois après la 1^{re} injection de sel d'or.

Notre malade a quitté l'hôpital aussitôt après cette série. Nous l'avons revu à plusieurs reprises, son état général est bon et il exerce son métier dans les meilleures conditions.

Le succès rapide après les injections de crisalbine nous a fait cesser l'administration de ce médicament qu'on peut répéter

par nouvelles séries si le besoin s'en fait sentir et si le sujet ne présente pas d'albuminurie appréciable.

Le succès de cette thérapeutique par les sels d'or dans notre cas du rhumatisme tuberculeux avec péricardite hémorragique et épanchement pleural, succès rapide et complet, influençant promptement les divers phénomènes morbides observés est de bon augure pour l'avenir. Nous espérons que l'observation confirmera cette méthode nouvelle.

CONCLUSIONS

I. -- On peut affirmer à l'heure actuelle que le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux est une entité morbide bien définie dont l'étiologie bacillaire repose sur des preuves cliniques, thérapeutiques, bactériologiques et expérimentales incontestables — et à qui les recherches récentes de Bezançon ont donné une vitalité nouvelle.

II. — Il s'agit d'une affection qui n'est pas absolument rare ; Löwenstein a trouvé par hémoculture sur milieu spécial le bacille de Koch dans la maladie de Bouillaud. Mais les recherches confirmatives sont loin d'affirmer ses conclusions.

III. — Il sera bon de songer au rhumatisme tuberculeux en présence de la carence du traitement salicylé quasi spécifique du rhumatisme articulaire aigu franc. Le diagnostic sera confirmé par les examens de laboratoire (cytologie du liquide articulaire de ponction, recherche du B. K.) et l'expérimentation (tuberculisation du cobaye).

IV. — Le pronostic doit être réservé, car il faut tenir

compte de l'infection tuberculeuse, des récidives et des complications ; les localisations cardiaques et les péricardites sont particulièrement graves.

V. — Ce pronostic peut être amélioré par le traitement général de l'infection tuberculeuse et particulièrement par les sels d'or, qui, dans notre observation, ont arrêté net l'évolution du rhumatisme et provoqué la guérison d'une péricardite particulièrement grave.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Babonneix et Mornet.** — Rhumatisme tuberculeux primitif. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 29 Juillet 1926).
- Bernheim.** — Rhumatisme articulaire et tuberculose. (*Bulletin Médical*, 1909).
- Bezançon et Jacquelin.** — Polyarthrite d'allure rhumatismale avec iritis chez un tuberculeux pulmonaire. Hypersensibilité extrême du sujet à la tuberculine. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 20 Avril 1928).
- Bezançon Et. Bernard, Oumansky, Gaucher.** — Rhumatisme tuberculeux. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 8 Mai 1931).
- Léon Bernard et Pélissier.** — Péricardite tuberculeuse subaiguë secondaire de l'adulte. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 13 Novembre 1931).
- Coste et Saenz.** — A propos du rhumatisme tuberculeux. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 4 Décembre 1931).
- Forestier.** — Traitement du rhumatisme tuberculeux par les Sels d'Or. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 24 Février 1930).
- Fuselier.** — Le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux (*Thèse, Lyon*, 1930).

Nove-Josserand. — Rhumatisme articulaire aigu et tuberculose. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 Avril 1925).

Oddo et Giraud. — Deux cas de rhumatisme tuberculeux traités par les sulfates de terres rares. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 15 Juillet 1925).

Pellé. — Tuberculose et rhumatisme. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 24 Juillet 1924).

Poncet et Leriche. — Le Rhumatisme tuberculeux (Doin, 1909).

Rouillard. — Affections rhumatismales et tuberculose. (*Presse Médicale* n° 15, 22 Février 1928, p. 228).

Saenz. — Tuberculose et rhumatisme. Recherches de Lowenstein. (*Société de Brologie*, 18 Juillet 1931).

Sergent. — Polysérites tuberculeuses. (*Journal des Praticiens*, 26 Mars 1927).
